

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N^o.....

106

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel OLIVIERO

Né à Noyal-Pontivy, le 1^{er} Avril 1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CONDITIONS D'APPARITION

des différentes Variétés du Rhumatisme

(Essai de Statistique)

Président de Thèse : M. CROUZON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

ANNÉE 1938

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel OLIVIERO

Né à Noyal-Pontivy, le 1^{er} Avril 1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CONDITIONS D'APPARITION

des différentes Variétés du Rhumatisme

(Essai de Statistique)

Président de Thèse : M. CROUZON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNEO
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET
Clinique des maladies infectieuses.....	GREGOIRE
Clinique chirurgicale.....	JENCRMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements.....	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	Maurice VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	EEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	LAUBRY.
dulte	CROUZON.
Clinique cardiologique	HOVELACQUE
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	ABRAMI
Pathologie chirurgicale..	AMELINE.
Pathologie médicale	BARIETY.
Pathologie médicale.....	BENARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Hydrologie.....	BESANÇON JUSTIN.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie médicale	COSTE.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale..	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Pathologie médicale.....	DE GENNES.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie ..	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique..	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Obstétrique	LACOMME.

MM.

Pathologie chirurgicale..	MENEGAUX
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Pathologie médicale	LELONG.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale..	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiâtrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale..	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOLLARET
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique..	OBERLING.
Pathologie chirurgicale..	PETIT-LUTAILL.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Ophtalmologie	RENARD.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale..	SENÈQUE.
Pathologie expérimentale	TRCISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale..	WILMOTH.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale..	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.

MM.

Pathologie chirurgicale..	LARDENNOIS.
Anatomie pathologique..	LEROUX.
Obstétrique	VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. PASTEUR-VALLERY- RADOT. SEZARY.	} Clinique médicale	BASSET. BROcq. CADENAT. GATELLIER. MOURE. QUENU. SCHWARTZ. VELTER.	} Clinique chirurgicale
MM. ECALLE METZGER	} Clinique obstétricale..		

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

*En témoignage d'affection et
de reconnaissance.*

A MES FRERES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CROUZON

Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE GAUCHER

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Qui nous a inspiré ce travail et nous a aidé de ses précieux conseils qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A TOUS NOS PROFESSEURS
DE
L'ECOLE DE MEDECINE DE RENNES

A TOUS NOS AMIS

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Toute statistique portant sur le rhumatisme se heurte à deux causes d'erreurs essentielles :

1° Erreurs provenant des difficultés d'établir une classification.

2° Erreurs provenant des conditions dans lesquelles on observe les malades.

I) DIFFICULTÉS D'UNE CLASSIFICATION

Une des causes principales de divergence entre les différents travaux concernant le rhumatisme tant aigu que chronique provient des variabilités de la terminologie. Tandis que certains auteurs adoptent une terminologie purement clinique, d'autres se basent avant tout sur des facteurs étiologiques ou pathogéniques, d'autres encore sur des facteurs anatomiques.

— Dans les pays de *langue française*, pendant longtemps la classification la plus en vogue fut la classifi-

cation de TEISSIER et ROQUE, lesquels distinguaient trois grands groupes de rhumatismes chroniques.

a) *Un premier groupe*, intitulé rhumatisme chronique déformant ou arthropathie déformante primitive comprenant lui-même plusieurs aspects cliniques.

a) Une forme partielle (type morbus coxae senilis).

b) Une forme généralisée (type rhumatisme progressif de CHARCOT).

c) La spondylose rhizomélisque de Pierre MARIE.

Ce premier groupe apparaissait comme lié à l'action lente et prolongée des toxines sur le système nerveux, comme une tropho-névrose.

b) *Un deuxième groupe* comprenant les rhumatismes chroniques d'infection ou arthropathies post-infectieuses.

c) *Un troisième groupe* englobant les arthropathies toxiques ou diathésiques, dont la principale forme était le rhumatisme goutteux.

Quant au rhumatisme articulaire aigu, il constitue encore pour la quasi-totalité des auteurs français une affection absolument distincte de toutes les autres formes de rhumatisme, le rhumatisme de BOUILLAUD.

— *En Allemagne*, la classification la plus généralement adoptée fut pendant longtemps la classification de PRIBAM, de HOFFA et de WOLVENBERG, qui distingue deux variétés essentielles de rhumatismes.

1) Le rhumatisme chronique secondaire au rhumatisme aigu;

2) La polyarthrite progressive primaire, subdivisée elle-même en une variété sèche et une variété exsudative.

— *Dans les pays anglo-américains*, la principale classification demeure celle issue des travaux de GARROD, officiellement énoncée par NEWMANN, laquelle divise le rhumatisme en quatre groupes :

- Arthrite rhumatoïde;
- Ostéo-arthrite;
- Goutte;
- Faits inclassables.

Cette classification a été elle-même reprise et modifiée par NICHOLS et RICHARDSON, puis par PEMBERTON.

Il est à noter que tant parmi les travaux de l'école allemande que parmi ceux de l'école anglo-américaine, il n'existe pas cette différence tranchée entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique, distinction qui reste particulière à l'école française.

On conçoit qu'avec des classifications issues de points de départ aussi différents, il soit difficile de s'entendre lorsqu'il s'agit de statistiques.

Aussi est-ce l'honneur de la Ligue Internationale contre le rhumatisme d'avoir depuis plusieurs années tenté un effort de classification qui permette aux mêmes faits d'être intelligibles pour les chercheurs de langue et de culture différentes.

II) CONDITIONS DANS LESQUELLES ON OBSERVE CES RHUMATISMES

Les difficultés d'une statistique ne tiennent pas seulement aux variabilités de terminologie, mais aussi aux conditions même dans lesquelles on observe ces rhumatismes.

Il est hors de doute qu'elles varient d'un pays à l'autre et que certaines formes de rhumatisme sont plus fréquentes sous certains climats et chez certaines races.

C'est ainsi que le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme infectieux paraissent plus fréquents dans les pays anglo-saxons que dans notre pays.

Par ailleurs, les divergences des statistiques varient dans des proportions considérables, suivant les milieux dans lesquels les malades ont pu être observés.

Les médecins d'enfants par exemple ne voient pratiquement que des rhumatismes articulaires aigus, quelques cas peu fréquents d'arthrites infectieuses, pour ainsi dire jamais de rhumatisme chronique.

A l'opposé, les médecins d'hospice observent avant tout des formes anciennes, fixées, dans lesquelles l'élément trophique l'emporte sur tous les autres.

(Il est à noter que pendant longtemps presque tous les travaux français sur le rhumatisme ont été l'œuvre de médecins d'hospices et de neurologues, ce qui explique sans doute pour une grande part le rôle important attribué au système nerveux dans l'étiologie du rhumatisme et la part insuffisante réservée à l'infection).

Les médecins de consultation ne voient pas exactement les mêmes aspects cliniques que les médecins disposant d'un service d'hôpital; les premiers observent surtout des formes légères, ambulatoires, alors que les seconds voient des cas plus étendus et plus graves.

Il existe enfin des divergences entre les statistiques d'hôpital et les statistiques de ville qui tiennent aux différences de milieu social.

Nous avons eu l'occasion d'observer au cours de dix-huit mois et jusqu'au premier octobre dernier, trois cents cas de rhumatisme. Ces cas proviennent de sources très différentes.

Cent vingt-quatre (124) sont des malades d'hôpital qui se répartissent eux-mêmes en deux groupes à peu près égaux de malades de consultation et de malades hospitalisés.

Cent soixante seize (176) sont des malades de ville.

Ces malades appartiennent ainsi à tous les milieux sociaux, depuis les plus misérables jusqu'aux plus fortunés.

Ils sont de tous les âges, puisque le plus jeune a 7 ans, et le plus âgé 91 ans.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier comment se sont présentés, au point de vue clinique, et au point de vue étiologique, ces 300 cas de rhumatisme.

Tel est le but de ce modeste travail.

Les observations nous ont été fournies par le D. Maurice GAUCHER. Il a bien voulu nous inspirer ce travail; il nous a confié ses dossiers et nous le remercions de l'obligeance qu'il nous a témoignée.

CHAPITRE II

DIFFERENTS ASPECTS CLINIQUES DU RHUMATISME

Nous avons divisé nos malades en quelques groupes très simples.

1^{er} GROUPE. — *Rhumatisme aigu.*

Subdivisé lui-même en deux sous-groupes :

- a) Le rhumatisme articulaire aigu type, maladie de Bouillaud;
- b) Les pseudo-rhumatismes infectieux.

2^e GROUPE. — *Arthrites chroniques.*

Nous entendons sous ce vocable d'arthrites chroniques, les faits dans lesquels le processus est avant tout inflammatoire frappant en premier lieu la synoviale articulaire, par opposition au rhumatisme dégénératif d'origine ostéo-cartilagineuse qui constitue le groupe suivant.

Ce groupe des arthrites chroniques se divise lui-même en deux sous-groupes purement cliniques :

a) Mono et oligo-arthrites;

b) Polyarthrites chroniques progressives généralisées, correspondant dans leur ensemble au grand rhumatisme de CHARCOT.

3^e GROUPE. — *Arthroses ou rhumatismes dégénératifs.*

Ils comprennent tous les cas dans lesquels le processus est avant tout dégénératif et frappe en premier lieu le cartilage et l'os.

4^e GROUPE. — *Rhumatismes abarticulaires.*

Ce groupe très important comprend les diverses formes de rhumatisme dans lesquelles les manifestations périarticulaires, musculaires, nerveuses, etc..., l'emportent sur l'élément articulaire nul ou insignifiant.

Ce quatrième groupe se divise à son tour en cinq sous-groupes :

a) Les périarthrites.

b) Les névralgies.

c) Les rhumatismes musculaires.

d) Les bursites, les synovites.

e) Cas divers, mixtes, intriqués, inclassables.

5^e GROUPE. — *Rhumatisme goutteux.*

Nous savons ce qu'une telle classification a d'arbitraire.

Certains cas, d'autre part, sont difficiles à classer : c'est ainsi qu'un sujet atteint de rhumatisme dégénératif peut présenter une poussée inflammatoire, que des lésions périarticulaires peuvent s'associer à des lésions ostéo-cartilagineuses ou synoviales.

Aussi, avons-nous considéré avant tout ce qui constituait chez un malade la manifestation primitive et essentielle.

Le tableau ci-dessous nous montre comment ces différents cas étaient répartis. (Tableau I).

TABLEAU I

	VILLE	HOPITAL	TOTAL
<i>I^{er} groupe. — Rhumatismes aigus.</i>			
1. Maladie de Bouillaud.....	14	8	} 36
2. Pseudo-rumatisme infectieux.....	10	4	
<i>II. — Arthrites chroniques.</i>			
1. Mono-oligo-arthrites.....	15	18	} 68
2. Polyarthrites.....	20	15	
<i>III. — Arthroses.</i>	45	32	77
<i>IV. — Rhumatisme arthralgique.</i>			
1. Pér arthrites.....	8	6	} 112
2. Névralgies.....	11	9	
3. Rhumatismes musculaires..	18	6	
4. Bursites, tendinites.....	6	4	
5. Cas divers.....	24	20	
<i>V. — Goutte.</i>	5	2	7
TOTAL.....	176	124	
	300		300

Premier Groupe. — Rhumatismes aigus

Ce groupe comprend 36 malades (soit 12 % du chiffre total).

Ce chiffre paraît peu important, mais il faut tenir compte du milieu dans lequel ces malades ont été observés, milieu d'adultes principalement, le nombre d'enfants et d'adolescents examinés étant très peu élevé.

Par ailleurs, le rhumatisme articulaire aigu est plus du domaine du médecin de médecine générale que du rhumatologue qui n'est appelé à observer que certains cas compliqués ou de diagnostic malaisé.

Sur ces 36 malades :

La maladie de Bouillaud.

Comprend par elle-même 22 cas (soit 7,3 % du total général).

19 de ces malades présentent une lésion cardiaque qui authentifie d'une façon certaine la maladie. Il s'agit le plus souvent (15 cas) de lésions cardiaques compensées, en premier lieu, endocardite mitrale (rétrécissement ou insuffisance).

3 cas seulement présentent une insuffisance aortique ou une lésion mitro-aortique.

Dans 4 cas, les lésions cardiaques sont décompensées. La maladie se présente alors avant tout comme une cardiopathie, le rhumatisme passant au second plan de l'aspect clinique.

Les lésions cardiaques sont absentes dans 3 cas, mais il existe des caractères cliniques très typiques (fluxion, efficacité remarquable du salicylate de soude, guérison totale) qui permettent de les rattacher de façon certaine à la maladie de Bouillaud.

Les pseudo-rhumatismes infectieux.

Comportent 14 cas (soit 4,6 % du chiffre total).

Nous envisageons sous ce vocable tous les cas de polyarthrites aiguës rhumatismales, dans lesquels l'existence d'un agent infectieux précis peut être prouvée ou que l'absence de caractères propres à la maladie de Bouillaud permet de séparer de cette dernière.

Nous avons noté 7 cas de rhumatisme gonococcique, soit la moitié.

Dans 2 cas, la tuberculose peut être soupçonnée, sans qu'on puisse en faire la preuve formelle.

Dans 1 cas, la coexistence d'une colibacillose, la concordance des poussées rhumatismales avec les poussées colibacillaires, permet de suspecter le rôle du colibacille dans l'étiologie de la polyarthrite.

Il reste enfin 4 cas d'étiologie indéterminée ; il semble en effet qu'aux confins du rhumatisme articulaire, il y ait quelques cas difficilement classables et du reste peu fréquents.

II^e Groupe. — Les arthrites

Ce groupe, beaucoup plus important, comprend 68 cas (soit 28,6 % du total général), répartis de façon à peu près égale entre mono et oligo-arthrites — 33 cas, et polyarthrites progressives — 35 cas.

a) Les mono et oligo-arthrites.

Elles frappent à peu près toutes les articulations, mais plus spécialement les coudes, les poignets, les genoux, les épaules.

Nous avons été frappés par l'importance relativement grande des cas dans lesquels la tuberculose pouvait être suspectée.

Dans 10 cas, en effet, ces mono-oligo-arthrites se présentent comme des manifestations bacillaires (nous ne parlons pas ici, bien entendu, des cas de tuberculose chirurgicale, dont nous avons observé un nombre important, adressés à nous par erreur, et que nous avons soustraits à l'avance de notre statistique). La plupart de ces arthrites présumées tuberculeuses ont une allure fluxionnaire assez torpide et évoluent sur un terrain franchement bacillaire.

Dans 5 cas, l'étiologie gonococcique semble certaine.

Dans 1 cas, l'apparition d'une arthrite à la suite d'un abcès à streptocoques permet de suspecter son origine streptococcique.

Dans 11 cas, l'étiologie infectieuse est vraisemblable,

tant par les caractères cliniques que par les caractères humoraux de l'infection, mais la nature exacte de l'agent infectieux demeure hypothétique.

A ce sous-groupe des mono et oligo-arthrites, il faut adjoindre 4 cas de spondylose rhizomélique.

b) Les polyarthrites généralisées.

Sont au nombre de 35, soit 11, 6 % du chiffre total.

Il s'agit dans tous ces cas de rhumatisme d'allure extensive et progressive, généralisée ou en voie de généralisation, présentant tous les caractères cliniques du rhumatisme décrit par Charcot, les uns en pleine phase d'évolutivité, d'autres fixés parfois depuis de très longues années.

Dans la plupart de ces cas, l'existence actuelle ou antérieure de manifestations inflammatoires permet de les considérer comme des arthrites inflammatoires.

Toutefois, dans un certain nombre de cas (6), l'élément inflammatoire paraît totalement faire défaut.

III^e Groupe. — Les arthroses ou rhumatisme chronique dégénératif

Les arthroses comportent 77 cas, soit 25,6 % du chiffre total.

Dans 56 cas, l'atteinte articulaire est unique ou frappe des articulations.

L'ostéo-arthrite de la hanche vient en première ligne avec 26 cas, suivie de l'arthrite sèche du genou avec 14 cas.

Il existe 6 cas de rhumatisme vertébral ostéo-phytique et 10 cas de localisations diverses (ostéo-arthrite des orteils, arthroses sacro-iliaques, nodosités d'Herberden, ostéo-arthrite dégénérative de l'épaule).

Dans 21 cas, les localisations articulaires sont multiples ; les associations : arthrite de la hanche — arthrite sèche du genou, arthrite sèche du genou — ostéo-arthrite des orteils, ostéo-arthrite de la hanche — arthrose sacro-iliaque et lombosacrée, sont parmi les plus fréquentes.

La généralisation à la plupart des articulations est rare ; dans quelques cas cependant, le nombre des articulations touchées est tel qu'on peut réellement parler de rhumatisme chronique progressif généralisé de forme dégénérative.

IV^e Groupe. — Rhumatisme abarticulaire

C'est de loin le groupe le plus important, puisqu'il comprend 112 cas, soit 37,3 % du total général.

Il est particulièrement fréquent chez les malades de consultation d'hôpital ou les malades de ville.

Les périarthrites.

Seulement au nombre de 14, elles frappent en premier lieu l'épaule et le genou (périarthrite scléro-lipomateuse). Il existe certainement d'autres périarthrites, mais il s'agit de faits le plus souvent imprécis, et nous n'avons voulu faire entrer dans nos groupes que des cas nettement tranchés.

Les névralgies.

Sont au nombre de 20 ; nous n'avons bien entendu retenu que les cas de névralgies rhumatismales et nous avons éliminé avec soin tous les cas de névralgies liés à une cause neurologique (elles ne sont pas rares dans les consultations de rhumatisme).

Quant aux névralgies liées à une arthrite ou à une arthrose (sciatique consécutive à une arthrite sacro-iliaque, névralgie cervico-brachiale associée à une arthrite cervicale), elles rentrent dans le cadre des rhumatismes articulaires des groupes précédents. La névralgie sciatique vient au premier plan, suivie d'assez près par la névralgie cervico-brachiale. Dans deux cas, nous avons noté la coexistence des deux névralgies.

Le rhumatisme musculaire.

Comprend 24 cas.

Ici également, en raison de l'imprécision de ce terme de rhumatismes musculaires, nous n'avons considéré comme tels que les cas dans lesquels l'examen

articulaire et nerveux s'est révélé négatif, sans parler des cas où un torticolis, un lumbago sont le témoin d'une affection articulaire sous-jacente.

Par ailleurs, d'autres cas sont liés à une cellulite, qu'un examen attentif permet de déceler.

Parmi ces manifestations musculaires, le lumbago est le plus fréquent ; les autres manifestations (torticolis, deltoïdite, etc..) sont beaucoup plus rares.

Les bursites, synovites.

Dont le nombre s'élève à 10 cas, forment un groupe assez difficile à individualiser.

Elles se confondent en certains cas, avec les périarthrites (ainsi les inflammations de la bourse sous-deltôïdienne dans la périarthrite de l'épaule).

Les cas inclassables sont nombreux. Nous avons noté 44 cas, parmi lesquels se trouvent indiscutablement des cas de cellulite, d'adiposalgie.

Mais il en est d'autres, en particulier parmi les manifestations douloureuses de la ménopause, où il est impossible de faire la part de ce qui revient aux manifestations musculaires nerveuses, cellulitiques.

V^o Groupe. — Rhumatisme goutteux

Ce groupe comprend 7 cas.

Le chiffre paraît peu élevé, mais nous avons éliminé systématiquement tout ce qui était douteux pour ne tenir compte que des cas indiscutables de rhumatismes goutteux. On sait du reste combien est diversement appréciée la fréquence et l'existence même du rhumatisme goutteux et combien les barrières sont fragiles entre le rhumatisme et la goutte.

CHAPITRE III

DE QUELQUES FACTEURS D'APPARITION DU RHUMATISME

Reprenant une à une ces 300 observations dont nous venons de donner le tableau d'ensemble, nous allons étudier quelques facteurs d'apparition de ces rhumatismes.

- Nous étudierons tour à tour :

- le milieu social,
- l'âge,
- le sexe,

puis l'influence de certains facteurs plus particuliers :

- hérédité,
- troubles de la nutrition,
- troubles glandulaires,
- infection,
- troubles circulatoires,
- troubles neuro-sympathiques,
- traumatismes,
- malformations congénitales.

1. — *Le milieu social.*

Nous avons observé 176 malades de ville, et 121 malades de l'hôpital.

Cette statistique porte donc sur les milieux sociaux les plus divers. Il ne nous a pas semblé qu'il y ait des divergences fondamentales entre les formes de rhumatisme observées en clientèle de ville et celles observées en milieu hospitalier.

Le tableau I en est la preuve.

La profession elle-même ne nous a pas semblé être un facteur très démonstratif. Tout au plus, certaines professions, obligeant au travail dans un milieu humide, telles que les blanchisseuses, les laveuses, semblent-elles un peu plus durement frappées.

De même, certains travaux de force exposant plus particulièrement aux traumatismes semblent peut-être jouer un rôle prédisposant dans la production de certaines arthroses (nous verrons du reste plus loin combien le rôle du traumatisme est difficile à établir).

2. — *L'âge.*

Il représente un facteur qui doit être envisagé sous un double aspect. En effet, l'âge auquel se présentent les malades n'est pas toujours, tant s'en faut, l'âge auquel le rhumatisme est apparu.

L'âge des malades que nous avons eu l'occasion d'observer est porté sur le tableau ci-dessous (tableau III).

Il ressort de ce tableau que le rhumatisme est une

TABLEAU II

	Moins de 20 ans	20 à 30 ans	30-40	40-50	50-60	60-70	Plus de 70 ans	Total
I. — <i>Rhumatismes aigus</i> .								
1. Maladie de Bouillaud...	6	4	6	4	2			22
2. Pseudo-rumatisme infectieux		5	7	2				14
								36
II. — <i>Arthrites chroniques</i> .								
1. Mono et oligo-arthrites...	1	2	7	6	11	6		33
2. Polyarthrites.....	1	1	7	6	7	12	1	35
								68
III. — <i>Arthroses</i> .		2	4	13	23	20	15	7
IV. — <i>Rhumatismes arthralgiques</i> .								
1. Périarthrites.....	1	2		4	5	2		14
2. Névralgies.....	1	7	2	8	3	5	1	20
3. Rhumatismes musculaires...	4	2	9	35	25	18	2	24
4. Bursites, tendinites.....		3	2	2	5	1		10
5. Cas divers.....	2		8	12	10	9		44
V. — <i>Gouttes</i> .								
			1	3		3		7
TOTAL.....	12	21	53	69	68	59	18	300

affection de l'âge mûr, présentant un maximum vers la cinquantaine, mais qu'en réalité il peut apparaître à tous les âges. C'est une erreur que de considérer en effet le rhumatisme comme une affection sénile, ainsi qu'on en a trop tendance à le faire.

Sur nos 300 malades, nous n'en avons observé que 12 (soit 4 %), âgés de *moins de 20 ans*. Il s'agissait de rhumatismes articulaires aigus, plus rarement d'arthrites infectieuses.

De 20 à 30 ans, ce chiffre passe à 21, soit 7 %, qui comprennent encore une majorité de rhumatisme articulaire aigu et d'arthrites infectieuses, auquel il faut joindre 2 lumbagos aigus, 2 périarthrites aiguës et 3 localisations diverses abarticulaires.

De 30 à 40 ans, le nombre de rhumatisants observés est de 58, soit 17,6 %, dont la moitié est constituée par les rhumatismes articulaires et les arthrites infectieuses. Mais les localisations abarticulaires deviennent déjà très fréquentes (21 cas), particulièrement chez la femme ; les arthroses font leur apparition (4 cas).

De 40 à 50 ans, le chiffre observé est de 69, soit 23 %.

Les rhumatismes articulaires aigus et les arthrites infectieuses sont en décroissance ; les localisations abarticulaires sont à leur maximum (35 cas).

Les arthroses deviennent de plus en plus fréquentes.

De 50 à 60 ans, le chiffre des rhumatismes reste sensiblement le même, 68 cas, soit 22,6 %.

Les arthroses sont à leur maximum (23 cas), atteignant un chiffre sensiblement égal à celui des loca-

lisations abarticulaires, alors que les rhumatismes articulaires aigus ont disparu.

Le chiffre des arthrites infectieuses demeure assez élevé mais il s'agit le plus souvent de séquelles de rhumatismes infectieux dont la date d'apparition est très antérieure.

De 60 à 70 ans, le chiffre commence à s'abaisser. Les rhumatismes sont au nombre de 59, soit 19,6 %. Cette chute est d'ailleurs relative, du fait qu'un certain nombre de ces malades ont dépassé l'âge moyen de la vie. Les arthroses y sont en majorité, elles sont au nombre de 20 ; mais il existe un nombre important d'arthrites (mono et oligo ou polyarthrites), pour la plupart anciennes, fixées, inactives.

Au delà de 70 ans, le chiffre s'abaisse à 18, soit 6 %, presque exclusivement d'arthroses, touchant souvent un nombre élevé d'articulations.

3. — *Le sexe.*

Le nombre d'hommes atteints de rhumatismes est sensiblement inférieur à celui des femmes, comme nous le montre le tableau ci-dessous :

TABLEAU III

I. — <i>Rhumatisme aigu.</i>	HOMMES	FEMMES
1. Maladie de Bouillaud.	15 { 6	21 { 16
2. Pseudo-rumatisme infectieux.	9	5
II. — <i>Arthrites chroniques.</i>		
1. Mono-oligo-arthrites	36 { 16	42 { 17
2. Polyarthrites	10	25
III. — <i>Arthroses.</i>	33	44
IV. — <i>Rhumatisme arabculaire.</i>		
1. Périarthrites.	40 {	5 { 9
2. Névralgies.		5 { 15
3. Rhumatismes musculaires.		18 { 6
4. Bursites, tendinites		5 { 5
5. Cas divers.		7 { 37
V. — <i>Goutte.</i>	6	1
TOTAL	120	180

Il existe une prééminence très nette du sexe féminin (femmes 60 %, hommes 40 %), particulièrement marquée pour les rhumatismes abarticulaires, les polyarthrites chroniques progressives et la maladie de Bouillaud.

Seuls, les rhumatismes musculaires et les pseudo-rumatismes infectieux sont plus fréquents chez les hommes.

1. — *L'hérédité.*

Elle semble n'avoir joué un rôle que dans 32 cas seulement, soit 10,6 %.

Mais il faut tenir compte des difficultés que l'on rencontre pour obtenir des renseignements précis sur les antécédents héréditaires et à plus forte raison sur la forme de rhumatisme des ascendants. Nous n'avons conservé que les antécédents héréditaires nets relatifs aux ascendants directs et collatéraux,

Les arthroses (10 cas) et les rhumatismes abarticulaires (17 cas) y entrent pour une large part.

Il semble qu'une certaine analogie existe entre les formes de rhumatismes des parents de générations différentes.

Mais plutôt que d'une hérédité vraie, il s'agit d'une certaine prédisposition morbide liée à une similitude constitutionnelle et à une analogie de genre de vie.

5. — *L'infection.*

Le chiffre des rhumatismes où apparaît l'infection qui semble en cause est assez difficile à évaluer.

Nous pouvons le fixer environ au 1/3 des cas. Mais dans ce nombre, nous faisons rentrer, outre 22 cas de maladie de Bouillaud, dont l'étiologie demeure inconnue, un certain nombre de polyarthrites inflammatoires (rhumatismes protéiniques, rhumatismes sériques) pour lesquelles aucun agent infectieux n'est en cause, et quelques cas de rhumatismes de Charcot dans l'étiologie desquels l'infection est encore plus problématique.

Sur les 75 cas, vraisemblablement d'origine infectieuse, nous n'avons retrouvé une étiologie spécifique que dans une proportion assez limitée :

- 12 fois le gonocoque,
- 12 fois le bacille de Koch,
- 2 ou 3 fois le streptocoque.

Quant aux autres cas, on doit jusqu'à nouvel ordre les considérer comme de nature infectieuse de par leurs signes cliniques et humoraux, mais il n'est pas possible d'en préciser la nature ; tel est le cas, en particulier, de la presque totalité des polyarthrites progressives.

6. — *Les troubles de la nutrition.*

Ils sont importants dans une soixantaine de cas ; la plupart, en dehors du rhumatisme goutteux, appartiennent au groupe III (arthroses) et au groupe IV (rhumatismes abarticulaires). 20 % d'entre eux en effet présentent un trouble net de la nutrition ; il existe chez 30 malades une *obésité* importante, obésité constitutionnelle, obésité des gros mangeurs, ou obésité par troubles glandulaires (surtout insuffisance ovarienne), accompagnée d'arthroses (de la hanche surtout) ou de localisations rhumatismales périarticulaires (au genou).

A l'opposé, il existe un autre type de rhumatisant, c'est le *type maigre*, algique, qui s'accompagne en général d'arthralgies, plus ou moins intriquées avec des manifestations neurotoniques de toute nature ; le plus

souvent, il s'agit de femmes, de type longiligne, ptosiques et migraineuses.

Dans 20 cas, on retrouve des *troubles hépatiques*. Ce sont des malades qui présentent ou un gros foie, souvent de nature éthylique, ou des signes de lithiase, ou des troubles fonctionnels associés ou non à des migraines; 3 d'entre eux avaient été cholécystectomisés; ces malades présentent presque exclusivement des manifestations de type abarticulaire, et surtout musculaire.

Les *troubles intestinaux* sont moins fréquents; chez quelques malades, une lobite, chez une de nos malades, un mégacolon, chez une autre une dysenterie amibienne longtemps méconnue, semblent avoir joué un rôle dans la genèse du rhumatisme (rhumatismes abarticulaires avec ou sans manifestations arthrosiques).

7. — LES TROUBLES ENDOCRINIENS.

Tous les auteurs s'accordent à faire jouer un rôle prépondérant aux troubles glandulaires et, en particulier chez la femme, à l'insuffisance ovarienne.

De fait, nous avons relevé dans 81 cas, soit 27 %, un trouble endocrinien indiscutable qui, s'il n'apparaît pas comme la cause unique des manifestations rhumatismales, en a cependant favorisé dans une très large mesure l'éclosion.

Ces troubles endocriniens sont à peu près exclusivement le fait de la femme et c'est sans doute l'im-

portance des troubles glandulaires qui explique la prédominance du rhumatisme dans le sexe féminin.

Dans 50 cas, nous avons vu le rhumatisme apparaître à la ménopause, dans les mois qui ont précédé ou suivi la cessation du flux menstruel.

39 fois, il s'agissait de ménopause naturelle ;

11 fois, de ménopause artificielle, consécutive à une hystérectomie ou à un traitement radiothérapique.

Ces manifestations du rhumatisme de la ménopause, pour employer la juste dénomination clinique de Mathieu-Pierre Weil, se présentent le plus souvent sous l'aspect de rhumatisme ab-articulaire (périarthrites, rhumatismes musculaires, névralgies, etc...), les tissus articulaires eux-mêmes étant peu touchés.

Les arthroses apparaissent souvent au moment de la ménopause, toutefois le rôle de l'insuffisance glandulaire y paraît-il moins probant.

Dans 9 cas enfin, nous avons constaté l'apparition de polyarthrites chroniques progressives dans le voisinage de la ménopause. Il s'agissait le plus souvent de polyarthrites d'allure torpide à prédominance de troubles vaso-moteurs et trophiques, par opposition aux polyarthrites progressives des jeunes qui ont habituellement une allure plus inflammatoire et plus aiguë.

Si l'arrêt de la fonction ovarienne détermine l'apparition d'un nombre élevé de manifestations rhumatismales le simple déficit de la fonction ovarienne engendre divers cas de rhumatisme se présentant habituellement sous des aspects semblables à ceux de la

ménopause (rhumatismes abarticulaires et arthroses).

Même pour des rhumatismes apparus bien avant la ménopause, la ménopause semble provoquer une exacerbation des symptômes. Nombre de rhumatisants voient leurs douleurs augmenter dans les jours qui précèdent l'apparition des règles.

S'il nous est relativement facile d'apprécier le rôle de la fonction ovarienne dans le déterminisme du rhumatisme chronique, il apparaît beaucoup plus difficile d'établir le rôle des *troubles thyroïdiens*. Nous avons observé qu'un seul cas d'insuffisance thyroïdienne, laquelle accompagnait des manifestations rhumatismales du type névralgique.

Par contre, dans un nombre assez important de cas, on a l'impression clinique d'un hyperfonctionnement du corps thyroïde. Il s'agit de malades maigres, aux yeux un peu saillants, sujets instables, sujets aux migraines, aux troubles vaso-moteurs, aux phénomènes paresthésiques des extrémités. Pourtant, en dépit des apparences, le métabolisme basal n'est que rarement augmenté d'une façon vraiment importante. Les chiffres les plus courants sont + 10, + 20 %. Mais ils peuvent être normaux et même diminués. Plutôt que des hyperthyroïdiens, ces malades sont des sympathico-toniques, ainsi que le prouve l'étude du réflexe oculo-cardiaque, lorsqu'il peut être pratiqué.

Parmi les autres troubles glandulaires, nous citerons 2 cas d'association de polyarthroses et de cataracte endocrinienne et 1 cas d'eunuchisme évident chez un homme porteur d'une arthrite chronique de la hanche.

8. — TROUBLES CIRCULATOIRES.

Il faut envisager :

- a) Le rôle du trouble circulatoire artériel,
- b) — — — — — veineux,
- c) — — — — — périphérique.

a) *Troubles de la circulation artérielle.*

Dans 27 cas seulement, nous avons noté des signes artériels nets.

Le plus souvent, il s'agit d'hypertension avec sclérose artérielle ; cette hypertension est presque toujours modérée (max. 17 à 20), rarement très élevée (2 fois 25, 1 fois 26). 3 de ces malades étaient atteints d'aortite et 3 d'artérites des membres inférieurs. Ces hypertendus artério-scléreux étaient presque toujours atteints d'arthroses (en particulier de la hanche et du genou). Comme il s'agit le plus souvent de sujets âgés, ayant dépassé la cinquantaine, il est malaisé de dire s'il y a rapport de cause à effet réel entre la sclérose artérielle et le rhumatisme ou s'il s'agit d'une simple coïncidence.

b) *Troubles de la circulation veineuse.*

9 fois, nous avons constaté l'existence de varices importantes compliquées ou non de phlébite ou péri-phlébite.

Sur ces 9 malades, 7 présentent une arthrite sèche du genou uni ou bilatérale, prédominant toujours du côté où les varices sont le plus accentuées.

c) Troubles de la circulation périphérique.

On ne peut indiquer par un chiffre précis le nombre des cas dans lesquels la circulation périphérique est perturbée; mais ce chiffre est considérable, *certainement plus de la moitié des cas.*

La plupart des rhumatisants présentent des troubles importants des extrémités manifestés par des phénomènes paresthésiques multiples (sensation de froid, doigt mort, crampes, sensations subjectives, fourmillements, picotements, impression de piqûres d'aiguilles, etc...).

Ces troubles circulatoires sont précoces et semblent précéder dans la majorité des cas l'apparition des symptômes cliniques du rhumatisme. On les observe avant tout et avec une fréquence vraiment extraordinaire dans 2 grands types de rhumatisme : d'une part, dans les polyarthrites progressives au début (dans certains cas, la polyarthrite chronique est précédée durant des mois et des années de ces troubles circulatoires périphériques).

D'autre part, dans les rhumatismes abarticulaires et en particulier les rhumatismes de la nénopause.

9. — TROUBLES NERVEUX.

Nous envisagerons tour à tour :

- a) Les signes d'atteinte du système nerveux central,
- b) Les troubles sympathiques,
- c) Les troubles psychiques.

a) La part du *système nerveux central*, si l'on envisage l'ensemble des formes du rhumatisme, paraît très minime.

L'examen neurologique du rhumatisant se montre de façon à peu près constante négatif. On ne saurait en effet ranger dans le cadre du rhumatisme, les troubles articulaires que l'on observe dans les maladies du système nerveux central (hémiplégie, parkinsonisme, etc...) et qui déterminent des troubles trophiques et non du rhumatisme au sens vrai du mot. Pour notre part, sur 300 malades examinés, nous n'avons jamais noté la présence de signes neurologiques précis.

On a invoqué dans l'étiologie du rhumatisme chronique progressif généralisé le rôle du système nerveux central et l'on a comparé les déformations à celles de la maladie de Parkinson (SICARD); en réalité, si dans quelques cas les déformations du rhumatisme de Charcot évoquent celles de la maladie de Parkinson, elles n'en paraissent pas moins, de par leur nature, fondamentalement différentes.

b) Beaucoup plus important est le rôle du *sympathique*. Dans nombre de rhumatismes, et en particulier dans les polyarthrites chroniques progressives, les troubles d'ordre sympathique y ont une importance extrême, troubles vaso-moteurs, troubles de la sudation, troubles trophiques cutanés, que l'importance des altérations articulaires ne suffit pas à expliquer.

C'est l'action du sympathique qui tient sous sa dépendance le tonus des petits vaisseaux, lequel semble perturbé dans un nombre de cas vraiment extraordinaire.

De ces troubles sympathiques, nous rapprocherons, encore que leur pathogénie soit loin d'être univoque, la fréquence des migraines. Nous les avons observées dans 15 cas, pour ne parler que des migraines authentiques, accompagnées de troubles visuels, de vertiges, de vomissements, etc...

c) Il ne faut pas en effet sous-estimer le rôle du *psychisme*.

Chez 2 de nos malades (atteints de polyarthrite chronique progressive), le début des déformations articulaires est survenu à la suite d'une violente émotion.

Chez 2 autres, un choc moral a déterminé une extension très rapide des lésions et leur a donné un véritable coup de fouet.

Par ailleurs, le rôle du psychisme est prédominant dans un grand nombre de rhumatismes abarticulaires, en particulier de rhumatismes de la ménopause, qui surviennent souvent chez des malades inquiets, anxieux, voir psychasthéniques, ou chez des sujets irritables.

Chez de tels malades, les cures de repos, une ambiance favorable, constituent souvent un moyen thérapeutique des plus efficaces.

10. — LE TRAUMATISME.

L'intérêt du rôle du traumatisme en matière de rhumatisme ne saurait être négligé en raison de son intérêt médico-légal. Or, après les constatations que nous avons pu faire chez nos malades, le rôle du traumatisme paraît relativement réduit. Nous n'avons retrouvé que 14 fois un traumatisme précis dans les antécédents de nos malades, encore certains de ces 14 cas sont-ils discutables.

Telle malade a fait plusieurs chutes sur les genoux et présente une arthrite sèche, mais elle a en même temps des varices.

Chez tel autre, il y a bien traumatisme, mais si ancien, que la filiation est difficile à établir (malade qui, à 20 ans, reçoit un coup de pied de cheval dans la fesse gauche, et présente 50 ans plus tard une ostéoarthrite de ce côté).

D'autres fois, le traumatisme ne vient que compliquer un état rhumatismal antérieur ou une malformation congénitale.

Bref, il semble que l'on puisse conclure de la façon suivante :

a) Le traumatisme (du moins le traumatisme évident et patent) est rare dans les antécédents des rhumatismes ;

b) Presque toujours, il ne semble jouer qu'un rôle adjuvant, soit en préparant le terrain (rôle des petites parcelles ostéo-cartilagineuses détachées à la suite

d'un traumatisme), soit en compliquant un rhumatisme antérieur.

Si l'on considère le nombre considérable de sujets ayant présenté de gros traumatismes, et le nombre restreint de traumatisés faisant du rhumatisme, force est d'admettre l'influence prépondérante d'autres facteurs (troubles endocriniens, troubles de la nutrition, etc...).

c) La seule variété de rhumatismes où le traumatisme semble jouer un rôle est l'arthrose, dans laquelle le rôle des facteurs locaux est prépondérant ; il faut mettre à part la polyarthrite traumatique de l'épaule dont la fréquence ne saurait être niée.

Des macro-traumatismes, il faut évidemment séparer les micro-traumatismes dont la répétition aurait une action sur laquelle Mathieu-Pierre WEIL a depuis longtemps insisté.

A moins d'étendre très loin le sens du mot micro-traumatisme et d'y faire rentrer des cas comme l'obésité, les arthrites hémophiliques, etc..., ce que fait du reste Mathieu-Pierre WEIL, il ne nous est pas apparu qu'on doive attribuer à ces micro-traumatismes une part très importante dans l'étiologie du rhumatisme.

11. — MALFORMATIONS CONGÉNITALES OU ACQUISES (TROUBLES STATIQUES).

Dans 13 cas, nous avons constaté un trouble statique indiscutable.

8 fois, il s'agit d'une arthrite chronique de la

hanche greffée sur une luxation ou subluxation parfois patente, parfois au contraire méconnue et révélée tardivement à l'occasion de l'arthrite.

Chez un de nos malades, on note une arthrite chronique de la hanche, du côté opposé à une luxation ancienne.

Chez un autre malade, porteur à gauche de séquelles de paralysie infantile, apparaît une arthrite chronique de la hanche du côté droit.

Mais ici encore, comme pour le traumatisme, il est difficile de juger de l'importance exacte de la malformation congénitale.

Il semble qu'on doive avant tout la considérer comme un point d'appel, comme un facteur de localisation du rhumatisme, les facteurs réels étant le plus souvent d'ordre infectieux ou vasculo-sympathique.

OBSERVATIONS

Groupe I. — Rhumatisme articulaire aigu

a) — MALADIE DE BOUILLAUD

1. Mme F... (Hôpital) — 37 ans, sans profession. Rhumatisme articulaire aigu, apparu à 10 ans, rétrécissement mitral bien compensé, insuffisance ovarienne. Troubles neurotoniques.

2. Mlle L... (H) — 27 ans, s. p. R. a. a., apparu à 10 ans, rétrécissement mitral, migraines, névralgies, troubles paresthésiques.

3. Mme B... (H) — 27 ans, ouvrière. R. a. a. apparu à 20 ans. Rétrécissement mitral avec petits signes de décomposition ; troubles neurotoniques.

4. Mme L... (H) — 44 ans, s. p. R. a. a. apparu à 37 ans, arthralgies récidivantes, double lésion mitrale.

5. Mme C... (H) — 35 ans, infirmière. R. a. a. apparu à 19 ans. Lésion mitro-aortique bien compensée, insuffisance ovarienne.

6. Mlle C... (H) — 18 ans, s. p. 1^{re} crise rhumatismale un peu atypique, insuffisance mitrale, mère décédée tuberculeuse typho-bacillose personnelle ancienne.

7. Mme Le C... (H) — 33 ans, ouvrière. R. a. a. apparu à 11 ans. Insuffisance mitrale bien compensée, insuffisance ovarienne.

8. Mme B... (H) — 55 ans. R. a. a. apparu à 20 ans. Endocardite mitrale décompensée.

9. Mme M... (H) — 38 ans, s. p. R. a. a. apparu à 7 ans, précédé de chorée, rétrécissement mitral avec arythmie.

10. M. S... (H) — 29 ans, employé de postes. R. a. a. apparu à 19 ans, manifestations articulaires atypiques. Petites déformations. Cœur normal. Misère physiologique.

11. Mme L... (V.) — 44 ans. R. a. a. + R. mitral bien compensé, apparu à 14 ans; crise actuelle polyarticulaire d'allure subaiguë.

12. Mme P... (V) — 50 ans. R. a. a. + R. mitral apparu à 18 ans. Arthralgies diffuses; ménopause actuelle; obésité.

13. Mlle D... (V) — 15 ans. R. a. a. + insuffisance mitrale.

14. Mlle R... (V) — 11 ans. R. a. a. + insuffisance mitrale apparue à 8 ans.

15. Mme S... (V) — 45 ans. R. a. a. + insuffisance mitrale apparue à 14 ans; poussée arthralgique subaiguë actuelle.

16. M. V... (V) — 35 ans. Polyarthrite subaiguë avec signes cliniques de maladie mitrale apparue à la suite d'une angine et d'un érysipèle.

17. M. B... 15 ans. R. a. a. + maladie de Corrigan.

18. M. B., 49 ans. R. a. a. + lésion mitro-aortique bien compensée, apparue à 13 ans.

19. M. G., 16 ans. R. a. a. actuel avec pancardite.

20. Mlle M., 15 ans. Rhumatisme cardiaque évolutif.

21. Mlle A., 21 ans. R. a. a. franc sans signes cardiaques apparents.

22. M. B., 33 ans. Polyarthrite aiguë type Bouillaud après angine, mais laissant quelques séquelles douloureuses (contagion ? polyarthrite apparue simultanément chez sa femme et un enfant).

b) — PSEUDO-RHUMATISMES INFECTIEUX

1. M. B. (H) — 40 ans, mécanicien. Rhumatisme gonococcique polyarticulaire puis localisé aux diverses articulations. Gonococcie prouvée (prélèvement).

2. Mme P. (H) — 32 ans, s. p. Rhumatisme gonococcique à manifestations périarticulaires.

3. M. N. (H) — 33 ans, dessinateur. Arthrite subaiguë radio-carpienne gauche + arthralgie du pied apparue au cours d'une uréthrite gonococcique.

4. M. P. (H) — 38 ans, danseuse acrobatique. Polyarthrite subaiguë type gonococcique (gonococcie non prouvée). Troubles vasomoteurs et paresthésiques multiples.

5. Mlle B. (H) — 26 ans, vendeuse. Arthrite du pied. Plusieurs poussées successives coïncidant avec des poussées de colibacillose.

6. M. A., 30 ans. Rhumatisme gonococcique à forme arthralgique apparue après une blennorrhagie chez un

sujet ayant fait autrefois un rhumatisme articulaire aigu franc.

7. M. K... 38 ans. Polyarthrite gonococcique à forme hydarthrodiale, très rebelle et très douloureuse. Troubles circulatoires périphériques très importants.

8. Mme P... 40 ans. Polyarthrite subaiguë gonococcique.

9. M. C... 24 ans. Rhumatisme gonococcique à forme arthralgique.

10. M. B... 25 ans. Polyarthrite subaiguë à forme hydarthrodiale du type anaphylactique (apparue après une intoxication alimentaire).

11. Mme C... 34 ans. Crise polyarthrique subaiguë de nature indéterminée ; hystérectomie.

12. M. D... 31 ans. Polyarthrite subaiguë d'allure infectieuse et de nature indéterminée, avec séquelles douloureuses au niveau du genou droit.

13. M. F... 33 ans. Polyarthrite subaiguë à point de départ amygdalien, sans lésions cardiaques et salicylo-résistante.

14. M. G... 38 ans. Polyarthrite subaiguë évoluant par poussées hydarthrodiales d'un degré anormal depuis l'âge de 25 ans et rebelle à toutes les médications.

Groupe II. — Arthrites

a) — MONO ET OLIGO-ARTHRITES

1. M. B... (H) — 55 ans, employé. Hydarthrose des poignets et des coudes. Tuberculose fibreuse ancienne. Inoculation du liquide articulaire du coude positive.

2. M. C... (H) — 18 ans, manutentionnaire. Arthrite métacarpienne droite peut-être bacillaire.

3. Mme C... (H) — 50 ans, s. p. Rhumatisme tuberculeux de l'épaule gauche. Tuberculose fibreuse ancienne à gauche.

4. M. R... (H) — 62 ans, couvreur. Arthrite tuberculeuse de l'épaule. Tuberculose fibreuse hémotoïque. Phrénicectomie à gauche.

5. M. E... (H) — 62 ans, employée de bureau. Synovite à grains zhiziformes de l'avant-bras + arthralgie diffuse.

6. M. L... (H) — 52 ans, tourneur. Synovite des gaines des extenseurs des pouces + arthrite phalango-phalangienne bilatérale.

7. Mme. S... (H) — 57 ans, femme de ménage. Arthrite torpide des doigts + synovite des gaines. Pleurite et hémoptysie récente.

8. M. R... (H) — 43 ans, mécanicien. Arthrite gonococcique de l'épaule gauche.

9. M. R... (H) — 47 ans, gardien. Rhumatisme gonococcique polyarticulaire ancien. Talalgie et douleurs polyarticulaires.

10. M. B... (H) — 37 ans, mécanicien. Arthrite ankylosante des articulations du pied : astralgalo-calcaneéenne, médio-tarsienne, métatarso-phalangienne. Gonococcie prouvée.

11. Mme B. F... (H) — 25 ans, s. p. Oligo-arthrite, au décours d'une salpingite gonococcique frappant plusieurs articulations.

12. Mme D... (H) — 53 ans, s. p. Arthrite de l'épaule droite, d'étiologie indéterminée.

13. Mme C... (H.) — 57 ans, s. p. Arthrite de l'épaule gauche + séquelles inactives de la région sous-claviculaire gauche.

14. Mme B... (H...) — 48 ans, s. p. Arthrite médio-tarsienne et métatarso-phalangienne.

15. Mme C... (V) — 40 ans. Arthrite de la tibio-tarsienne, d'allure torpide. Antécédents de pleurite et spinaventosa.

16. M. C... (V) — 54 ans. Arthrite du tarse. Antécédents de tuberculose fibreuse hémoptoïque bilatérale.

17. Mme B... (V) — 65 ans. Arthrite inflammatoire du genou gauche, Arthrite inactive du genou droit. Traces de fistule.

18. Mme C... (V). — Synovite des gaines. Arthralgies diffuses. Arthrites fixées et anciennes des poignets.

19. Mme B... (V) — 32 ans. Mono-arthrite torpide gonococcique du genou à forme hydarthrodiale et arthrites des articulations des doigts, Troubles circulatoires périphériques. Troubles neurotoniques. Insuffisance ovarienne.

20. Mme N... (V) — 26 ans. Arthrite tibio-tarsienne gauche d'allure phlegmonneuse, apparue peu après des manifestations cutanées et muqueuses streptococciques (nodule érythémateux, phlyctène contenant des streptocoques).

21. M. C... (V) — 38 ans. Arthrite vertébrale, sans aspects cliniques ni radiologiques de Pott. Rôle possible d'un traumatisme ancien, grosse amélioration par greffe d'Albee.

22. Commandant Q... (V) — 65 ans. Oligo-arthrite des

moins, coudes, poignets, à caractères hydarthrodiale de nature indéterminée.

23. Mme S... — Arthrite des 2 genoux, d'allure hydarthrodiale et torpide. Aortite. Hypertension artérielle (26-15).

24. Mme Van H... (V) — 52 ans. Arthrite des doigts, des poignets, du genou droit, d'allure subaiguë, apparue à la ménopause.

25. Mme C... (V) — 55 ans. Arthrite tibio-tarsienne, d'allure torpide, d'étiologie indéterminée.

26. M. B... (V) — 25 ans. Arthrite du coude droit, d'origine indéterminée.

27. M. V... (V) — 31 ans. Arthrite médio-tarsienne et des articulations métatarso-phalangiennes, d'allure subaiguë, d'étiologie indéterminée.

28. Mme R... (V) — 71 ans. Arthrite ancienne des coudes, actuellement inactive et fixée.

29. M. A... (H) — 58 ans, mécanicien. Spondylose rhizomélique apparue à 40 ans. Vérifiée radiologiquement. Aucun antécédent infectieux probant.

30. M. C... (H) — 45 ans, cordonnier. Spondylose rhizomélique. Vérifiée radiologiquement. Aucun antécédent précis.

31. M. D... (H) — 60 ans. Arthrite ancienne du coude.

32. M. B... (H) — 45 ans. Arthrite inflammatoire du genou gauche.

33. M. C... (H) — 33 ans. Arthrite bacillaire de l'épaule.

b) POLYARTHRITES GÉNÉRALISÉES

1. Mme L... (H.) — 40 ans, s. p. Polyarthrite subaiguë en voie d'extension apparue depuis 2 ans. Mère rhumatisante (sciaticque récidivante). Exagération des douleurs au moment des règles.

2. M. R... (H.) — 28 ans, représentant. Oligo-arthrite du genou. Tibio-tarsienne des poignets, plutôt que polyarthrite vraie. Tuberculose pulmonaire en évolution + gonococcie ancienne.

3. Mme M... (H.) — 36 ans, employée de commerce. Polyarthrite chronique généralisée à forme hydarthrodiale, apparue depuis un an. Logement humide. Importants troubles vaso-moteurs.

4. M. C... (H.) — 63 ans, tourneur. Polyarthrite chronique apparue il y a 30 ans. Évoluant très lentement, lésions actuelles fixées.

5. Mme C... (H.) — 59 ans, concierge. Polyarthrite faiblement évolutive apparue depuis un an, foci tuberculeux pulmonaires.

6. Mme C... (H.) — 65 ans, s. p. Polyarthrite chronique généralisée apparue à 50 ans (ménopause) avec grosses déformations et gros troubles trophiques et vaso-moteurs.

7. M. Le C... (H.) — 30 ans, menuisier. Polyarthrite subaiguë quasi-généralisée, évoluant depuis 2 ans. Troubles neurotoniques et sympathiques multiples. Femme atteinte de R. A. A.

8. M. Le S... (H.) — 61 ans, mécanicien. Polyarthrite chronique torpide (plus oligo que polyarthrite progressive généralisée). Pleurésie ancienne.

9. Mme H... (H.) — 37 ans, s. p. Polyarthrite subaiguë peu déformante, mais très douloureuse, évoluant depuis 10 ans. Insuffisance ovarienne. Grand'mère rhumatisante.

10. Mme S... (H.) — 29 ans, s. p. Polyarthrite subaiguë généralisée, peu déformante, très douloureuse. Importants troubles vaso-moteurs et sympathiques. Scarlatine suivie d'arthrite du poignet. Gonococcie ancienne.

11. M. B... (H.) — commerçant, 55 ans. Polyarthrite chronique généralisée à forme trophique.

12. Mlle W... (H.) — 45 ans, caissière. Polyarthrite chronique généralisée évoluant depuis 20 ans, à prédominance luxations et troubles trophiques, aggravée après hystérectomie totale pour fibrome.

13. Mme M... (V.) — 65 ans. Polyarthrite généralisée évoluant depuis 2 ans, très évolutive. Arthrite hydarthrodiale très volumineuse, très douloureuse, avec adénopathies multiples. Tuberculose pulmonaire évolutive associée.

14. Mme R... (V.) — 65 ans. Polyarthrite d'apparition récente, au décours d'une congestion pleuro-pulmonaire traînante, à forme hydarthrodiale et torpide. Adénopathie axillaire et inguinale. Lésions radiologiques de tuberculose fibreuse.

15. Mme T... (V.) — 45 ans. Polyarthrite frappant plusieurs articulations, en particulier la hanche.

16. M. M..., 17 ans. — Polyarthrite infectieuse de l'enfance, à forme ankylosante, actuellement inactive et fixée.

17. Mme A... (V.) — 51 ans. Polyarthrite infectieuse, en voie de généralisation, peu inflammatoire, apparue à la ménopause.

18. Mlle D..., 52 ans. — Polyarthrite progressive à peu près généralisée ankylosante, apparue à la ménopause.

19. Mlle D..., 42 ans. — Polyarthrite d'allure subaiguë. Forme hydarthrodiale peu ankylosante, en forte régression par l'aurothérapie.

20. Mme Du... (V.) — 55 ans. Polyarthrite infectieuse généralisée, ankylosante, mais très gros troubles trophiques. Insuffisance hépatique.

21. Mlle L... (V.) — 58 ans. Polyarthrite généralisée d'allure inflammatoire.

22. Mme Le S... (V.) — 63 ans. Polyarthrite chronique généralisée, évoluant depuis l'âge de 30 ans, avec gros troubles trophiques, d'étiologie indéterminée.

23. Mme M... (V.) — 71 ans. Polyarthrite chronique ankylosante, d'allure torpide, apparue à 61 ans.

24. Mlle V... (V.) — 31 ans. Polyarthrite en voie d'extension progressive apparue à 18 ans. Parents rhumatisants et tuberculeux.

25. M. C... (V.) — 67 ans. Polyarthrite infectieuse du genou, du pied gauche et des doigts, d'allure fluxionnaire, très évolutive, apparue à 51 ans, sans antécédents ni causes apparentes.

26. M. B... (V.) — 48 ans. Polyarthrite chronique de nature indéterminée.

27. Mme F... (V.) — 60 ans. Polyarthrite chronique ankylosante presque généralisée, grosses déformations et troubles trophiques.

28. M. B... (V.) — 61 ans. Polyarthrite évoluant depuis 5 ans, en voie d'extension rapide. Etiologie indéterminée.

29. Mme C... (V.) — 39 ans. Polyarthrite chronique, évoluant par poussées depuis 20 ans.

30. Mlle A... (V.) — 37 ans. Polyarthrite progressive, à forme hydarthrodiale, actuellement fixée en apparence.

31. Mme F..., 55 ans. — Polyarthrite inflammatoire en voie de généralisation rapide, très douloureuse.

32. M. D... (V.) — 63 ans. Polyarthrite chronique, d'allure trophique, évoluant depuis 12 ans, sans manifestations inflammatoires apparentes.

33. Mme L... (V.) — 54 ans. Polyarthrite chronique généralisée, d'allure trophique, apparue à 52 ans.

34. Mme C... (V.) — 48 ans. Polyarthrite chronique généralisée, avec troubles trophiques, importants, évoluant depuis l'âge de 38 ans.

35. Mme F... (V.) — 63 ans. Polyarthrite chronique de type trophoneurotique, prédominant aux extrémités.

Groupe III. — Rhumatismes chroniques dégénératifs

ARTHROSES

1. Mme R... (H.) — 68 ans. Arthrite chronique de la hanche gauche.

2. Mme R... (H.) — 51 ans. Arthrite chronique de la hanche greffée sur luxation congénitale; aspect radiologique atypique (infection possible).

3. M. B... (H.) — 64 ans. — Arthrite chronique de la hanche droite avec légère subluxation; grave traumatisme du membre inférieur droit à l'âge de 27 ans.

4. M. Ch... (H.) — 56 ans. Arthrite chronique de la hanche droite apparue vers 45 ans ; livreur, porte des poids très lourds ; obésité notable ; hypertension légère à 17-10.

5. M. Ch... (H.) — 50 ans. Arthrite chronique de la hanche gauche greffée sur une luxation congénitale apparue cliniquement dès l'enfance et non traitée ; obésité légère ; hypertension légère à 17-10.

6. M. C..., (H.) — 53 ans. Arthrite chronique de la hanche droite, vraisemblablement de cause statique (atrophie du membre inférieur gauche, séquelle de paralysie infantile), obésité.

7. M. D... (H.) — 70 ans. Arthrite chronique des deux hanches, très accentuée à gauche (subluxation, rôle possible d'un traumatisme important à l'âge de 20 ans), limitée à gauche (trouble statique) ; sclérose artérielle généralisée.

8. Mme D... (H.) — 52 ans. Arthrite chronique de la hanche droite avec subluxation légère, arthrite sèche du genou droit (traumatisme de l'enfance, genu valgum léger) ; obésité importante, ménopause actuelle, néphrectomie pour lithiase.

9. Mme D... (H.) — 59 ans. Arthrite chronique de la hanche gauche apparue vers la ménopause, sclérose artérielle.

10. Mme L... (H.) — 49 ans. Arthrite chronique de la hanche gauche greffée sur subluxation congénitale ; ménopause actuelle, père et mère rhumatisants.

11. Mme S... (H.) — 66 ans. Arthrite chronique de la hanche gauche + nodosités d'Heberden.

12. M. T..., 58 ans. — Arthrite chronique de la hanche

droite; obésité; amélioration considérable par forage chirurgical.

13. Mme V... (H.) — 64 ans. Arthrite chronique des deux hanches, prédominant à droite; deux frères rhumatisants; syphilis ancienne, traitée et négativée.

14. Mme Vo... (H.) — 54 ans. Arthrite chronique de la hanche droite, apparue cliniquement au voisinage de la ménopause.

15. Mme A... (H.) — 48 ans. Arthrite chronique de la hanche gauche, greffée sur luxation congénitale; douloureuse depuis ménopause artificielle par radiothérapie.

16. Mme B... (H.) — 71 ans. Arthrite chronique bilatérale des hanches.

16 bis. Commandant A... (V.) — 62 ans. Arthrite chronique des deux hanches, prédominant à gauche; lésions radiologiques atypiques évoquant l'idée d'une arthrite infectieuse possible; antécédents très anciens de tuberculose et de gonococcie.

17. M. B... (V.) — 55 ans. Arthrite chronique de la hanche gauche; gros foie éthylique; obésité.

18. M. B... (V.) — 59 ans. Association d'arthrite chronique de la hanche droite typique et de lésions pagétiques du fémur droit.

19. M. E... (V.) — 64 ans. Arthrite chronique de la hanche droite; hypertension modérée à 18-10.

20. M. Le D... (V.) — 49 ans. Arthrite chronique de la hanche droite; hypertension à 18-10; ulcus du duodénum.

21. M. P... (V.) — 62 ans. Arthrite chronique de la hanche droite; sclérose artérielle; hypertension à 18-10; arthrite sèche des épaules.

22. Mme Bes... (V.) — 50 ans. Arthrite chronique de la hanche classique.

23. Mme Ber... (V.) — 63 ans. Arthrite chronique des deux hanches + sclérose artérielle, varices.

24. M. B... (V.) — 50 ans. Arthrite chronique de la hanche droite.

25. M. G... (V.) — 40 ans. Arthrite chronique de la hanche greffée sur hanche sublaxée congénitalement, sublaxation accrue après traumatisme ; ectopie testiculaire double, eunuchisme.

26. M. A.. (H.) — 47 ans. Rhumatisme vertébral ostéophytique avec syndesmophytose associée ; traumatisme cervical ancien.

27. M. A... (V.) — 53 ans. Rhumatisme vertébral ostéophytique de la région lombaire + arthrite sèche dégénérative de l'épaule droite ; troubles statiques liés à atrophie du membre inférieur droit, séquelles de paralysie infantile ; obésité ; lithiase rénale.

28. M. F... (V.) — 56 ans. Rhumatisme vertébral ostéophytique prédominant dans la région lombaire et la région cervicale + synostose de la sacro-iliaque droite ; signes cliniques de sciatique et de névralgie cervico-brachiale ; migraines ; excès alimentaires ; obésité notable.

29. M. P... (V.) — 63 ans. Rhumatisme vertébral ostéophytique cervical + arthroses carpo-métacarpiennes ; excès alimentaires, troubles digestifs multiples, hypercholestérinémie (3 gr. 75) et reins déficients.

30. M. R... (V.) — 68 ans. Rhumatisme vertébral ostéophytique + sciatique.

31. M. M... (H.) — 62 ans. Rhumatisme vertébral ostéo-

phytique lombaire; aortite; hypertension artérielle légère : 17-9.

32. Mlle T... (H.) — 65 ans. Arthrite sèche des deux genoux prédominant à droite; varices volumineuses; troubles fonctionnels hépatiques; obésité.

33. Mme B... (H.) — 44 ans. Arthrite sèche des genoux avec petite poussée hydarthrodiale + arthralgies diffuses; insuffisance ovarienne, obésité; troubles circulatoires périphériques, hémorroïdes.

34. M. D... (H.) — 40 ans. Arthrite sèche du genou.

35. Mme G... (H.) — 56 ans. Arthrite sèche du genou droit avec poussée hydarthrodiale légère + périarthrite scléro-lipomateuse à gauche; ménopause récente; varices; T. A. = 17 1/2-9.

36. Mme H... (H.) — 55 ans. Arthrite sèche et périarthrite du genou, hydarthrose discrète surajoutée; hystérectomie à 41 ans.

37. Mme C... (V.) — 55 ans. Grosse arthrite sèche des genoux, prédominant à droite mais plus douloureuse à gauche, varices volumineuses; obésité; T. A. = 21-12 1/2.

38. Mme G... (V.) — 59 ans. Arthrite sèche des genoux prédominant à gauche; varices volumineuses; phlébite de la jambe gauche ancienne; chute sur le genou gauche suivie d'hémarthrose il y a 5 ans; obésité; gros foie.

39. Mme L. M... (V.) — 67 ans. Grosse arthrite des genoux; mère rhumatisante; obésité.

40. Mme M... (V.) — 74 ans. Arthrite sèche du genou droit; phlébite ancienne; traumatisme ancien violent du genou; coliques hépatiques; T. A. = 21-12.

41. M. L... (V.) — 44 ans. Arthrite sèche + périar-

thrite du genou gauche; trouble statique (luxation congénitale de la hanche droite); gros foie, éthylysme et excès alimentaires, obésité.

42. Mme E... (H.) — 29 ans Arthrite sèche + périarthrite du genou gauche; trouble statique (luxation congénitale de la hanche droite); gros foie, éthylysme et excès alimentaires, obésité.

43. Mme E... (H.) — 29 ans. Arthrite sèche du genou + lumbago; insuffisance ovarienne.

44. Mme C... (V.) — 45 ans. Arthrite sèche du genou; insuffisance ovarienne.

45. M. Le G... (V.) — 54 ans. Arthrite sèche des genoux; varices volumineuses bilatérales.

46. M. C... (H.) — 44 ans. Arthrite sèche du genou compliquée d'hydarthrose intermittente; gros foie éthylique.

47. Mme G... (H.) — 35 ans. Arthrose sacro-iliaque; insuffisance ovarienne, troubles neurotoniques multiples.

48. M. J... (H.) — 21 ans. Sacralisation douloureuse de la 5^e vertèbre lombaire.

49. Mme L... (H.) — 48 ans. Ostéo-arthrite dégénérative du gros orteil + arthralgies et myalgies; crises hépato-vésiculaires fréquentes, hypercholestérinémie; ménopause artificielle récente (radiothérapie); troubles circulatoires périphériques et neurotoniques.

50. M. C... (V.) — 70 ans. Ostéo-arthrite dégénérative des deux pouces.

51. Mme C... (V.) — 53 ans. Nodosités d'Héberden et de Bouchard. Ménopause récente.

52. Mme D... (V.) — 58 ans. Ostéo-arthrite dégénérative des orteils + arthralgies erratiques; mégacolon opéré.

53. M. G... (V.) — 61 ans. Ostéo-arthrite des doigts et de la carpométacarpienne du pouce droit + périarthrite de l'épaule gauche + sciatique; syphilis ancienne traitée et négativée.

54. Mme V... (H.) — 58 ans. Ostéo-arthrite dégénérative de l'épaule droite.

55. M. G... (H.) — 41 ans. Ostéo-arthrite dégénérative des doigts et du carpe.

56. Mme G... (H.) — 37 ans. Arthrose sacro-iliaque probable; hystérectomie à 24 ans.

57. Mme B... (V.) — 47 ans. Ostéo-arthrite dégénérative des orteils + arthrite sèche du genou avec poussée hydarthrodiale + arthralgies diffuses; ménopause actuelle.

58. Mme B... (H.) — 54 ans. Ostéo-arthrite des doigts et des orteils.

59. M. G... (H.) — 61 ans. Polyarthrose (genoux, orteils, doigts).

60. M. Le S... (H.) — 33 ans. Arthrite sèche discrète du genou et des épaules; gros foie éthylique.

61. Mme C... (H.) — 60 ans. Polyarthrose (genoux, doigts, orteils); obésité; varices; hypertension à 25-12.

62. M. S... (H.) — 64 ans. Polyarthrose (rachis lombaire, sacro-iliaques, hanches); T. A. = 20 1/2-10 1/2, sclérose artérielle, obésité notable.

63. Mlle R... (V.) — 70 ans. Ostéo-arthrite des hanches, des sacro-iliaques et du rachis lombaire apparue vers la ménopause.

64. Mlle L... (V.) — 68 ans. Ostéo-arthrite des doigts, des genoux et des orteils; famille de rhumatisants; radiothérapie ancienne pour fibrome.

65. Mme G... (V.) — 63 ans. Arthrite sèche des genoux et nodosités d'Héberden. Aortite. T. A. = 24-12.

66. Mme D... (V.) — 83 ans. Polyarthrose (genoux, doigts, orteils) + sclérose artérielle et troubles trophiques séniles.

67. Mme T... (V.) — 78 ans. Arthrite chronique des genoux et de la hanche droite.

68. Mme C... (V.) — 70 ans. Arthrose des genoux et des doigts, obésité, artères scléreuses.

69. Mme Q... (V.) — 57 ans. Ostéo-arthrite légère des doigts et des orteils apparue à la ménopause ; troubles neurotoniques et circulatoires périphériques.

70. Mme D... (V.) — 74 ans. Arthrite sèche des genoux et nodosités d'Héberden ; troubles psychiques séniles.

71. Mme D... (V.) — 65 ans. Polyarthrose étendue (doigts, orteils, tibiotarsiennes, genoux) prédominant aux membres inférieurs ; varices volumineuses ; troubles hépatiques.

72. Mme E... (V.) — 66 ans. Arthrite sèche des genoux + nodosités d'Héberden ; chutes nombreuses sur les genoux ; coliques hépatiques et néphrétiques ; artères scléreuses, T. A. = 20-11.

73. M. E... (V.) — 75 ans. Polyarthrose (rachis lombaire, sacro-iliaques, hanches) ; gros mangeur, accidents hépatiques ; artères scléreuses, T. A. = 18-9, extrasystoles ; syphilis ancienne négativée ; abolition des réflexes rotuliens et achilléens.

74. Mme F... (V.) — 76 ans. Polyarthrose (pieds, genoux) ; accidents cardio-rénaux, arythmie complète, artères scléreuses, T. A. = 22 (?) — 14 (?).

75. Mme G... (V.) — 66 ans. Polyarthrose (genoux, pieds, rachis lombaire); obésité.

76. Mme W... (V.) — 70 ans. Polyarthrose (genoux, doigts, orteils). Hydarthrose avec corps étrangers articulaires secondaires à un traumatisme sur le genou droit arthrosique.

77. Mme B... (H.) — 75 ans. Polyarthrose (genoux, doigts, épaules); troubles trophiques séniles.

78. M. C... (H.) — 67 ans. Polyarthrose (genoux, doigts, orteils).

Groupe IV. — Rhumatismes abarticulaires

a) PÉRIARTHrites

1. Mlle B... (H.) — 18 ans. Périarthrite traumatique de l'épaule.

2. Mme de H... (H.) — 53 ans. Périarthrite du genou. Famille de rhumatisants. Ménopause actuelle.

3. Mme H... (H.) — 43 ans. Périarthrite du genou; insuffisance ovarienne, troubles circulatoires périphériques.

4. Mme N... (H.) — 52 ans. Périarthrite de l'épaule avec calcification sous-deltaïdienne; ménopause actuelle.

5. Mme T... (H.) — 60 ans. Périarthrite des genoux apparue depuis la ménopause. Psoriasis.

6. Mme A... (V.) — 53 ans. Périarthrite de l'épaule gauche apparue à la ménopause; migraines; troubles circulatoires périphériques.

7. Mme B... (V.) — 49 ans. Périarthrite des épaules prédominant à droite; ménopause actuelle.

8. Mme D... (V.) — 60 ans. Périarthrite des épaules et des genoux; adiposité, cellulite.

9. M. G... (V.) — 58 ans. Périarthrite ancienne des épaules + lombalgie et quelques arthralgies. Syphilis ancienne traitée.

10. M. C... (V.) — 25 ans. Périarthrite traumatique de l'épaule.

11. M. R... (V.) — 52 ans. Périarthrite du genou droit; obésité.

12. M. G... (V.) — 42 ans. Périarthrite traumatique de l'épaule.

13. M. B... (V.) — 48 ans. Périarthrite de l'épaule.

14. Mme C... (H.) — 28 ans. Périarthrite des épaules; insuffisance ovarienne; troubles neurotoniques et troubles circulatoires périphériques.

b) NÉVRALGIES

1. M. A... (H.) — 43 ans. Sciaticque a frigore avec scoliose antalgique.

2. Mme B... (H.) — 38 ans. Sciaticque avec attitudes antalgiques; note neurotonique accentuée.

3. Mme G... (H.) — 55 ans. Sciaticque extrêmement violente, rebelle à de multiples médications et améliorée par injections intra-dermiques d'histamine; ménopause artificielle à 43 ans (radiothérapie); coliques hépatiques.

4. Mme L... (H.) — 64 ans. Sciaticque.

5. Mlle S... (H.) — 62 ans. Sciatique atypique.
6. Mme Z... (H.) — 43 ans. Sciatique récidivante.
7. Mme D... (V.) — 50 ans. Sciatique et névralgie crurale récidivante; ménopause actuelle.
8. Mme V... (V.) — 42 ans. Sciatique avec abolition du réflexe achilléen, lumbagos anciens; excès alimentaires; obésité; insuffisance ovarienne.
9. Mme W... (V.) — 75 ans. Sciatique. Hypertension artérielle à 20-10.
10. Mme H... (H.) — 45 ans. Sciatique droite + névralgie cervico-brachiale; migraines, obésité.
11. M. M... (V.) — 40 ans. Sciatique rebelle.
12. Mme Q... (V.) — 40 ans. Sciatique.
13. M. J... (H.) — 17 ans. Sciatique avec abolition du réflexe achilléen. Affaire neurologique possible. Non suivi.
14. Mme B... (V.) — 51 ans. Névralgie C. B. gauche; algies multiples, migraines, apport névropathique évident.
15. Mme L... (V.) — 62 ans. Névralgie C. B. droite évoluant par poussées depuis 15 ans; famille de rhumatisants; troubles thyroïdiens anciens; insuffisance ovarienne jusqu'à la ménopause à 52 ans; gros corps thyroïde et signes de Basedow.
16. Mme D... (V.) — 47 ans. Névralgie C. B. évoluant par poussées depuis 15 ans environ; terrain névropathique; troubles hépatiques, obésité croissante.
17. M. H... (H.) — 67 ans. Névralgie C. B. avec troubles sympathiques très accentués; terrain névropathique.

18. M. L... (V.) — 30 ans. R. A. A. de l'enfance. Crises fréquentes de torticolis et de lumbago; névralgie cervico-brachiale.

19. Mme B... (V.) — 66 ans. Névralgie C. B., diabète léger; T. A. : 22-11.

20. Mme Ba... (V.) — 42 ans. Névralgie C. B., hystérectomie récente.

c) RHUMATISMES MUSCULAIRES

1. M. D... (H.) — 36 ans. Lumbago.

2. Mme S... (H.) — 65 ans. Torticolis sans signes vertébraux apparents.

3. M. B... (H.) — 35 ans. Lumbago; famille de rhumatisants et d'obèses; éthylisme avec gros foie; obésité; syphilis.

4. M. M... (H.) — 44 ans. Lumbago récidivant, obésité.

5. M. M... (H.) — 36 ans. Lumbago.

6. M. D... (V.) — 43 ans. Lumbago post-traumatique.

7. M. K... (V.) — 36 ans. Lumbalgie d'apparence musculaire, apport névropathique; gros troubles fonctionnels, digestifs, impuissance, troubles neurotoniques multiples, hypotension.

8. Mme L... (V.) — 35 ans. Lumbago récidivant; famille de rhumatisants, obésité discrète.

9. Mme P... (V.) — 46 ans. Lumbago aigu récidivant.

10. Mme J... (V.) — 40 ans. Rhumatisme musculaire dorso-lombaire.

11. M. Jo... (V.) — 42 ans. Lumbago aigu récidivant ; périarthrite de l'épaule récente ; cholécystectomie en 1927, troubles digestifs persistants.

12. M. N... (V.) — 71 ans. Lumbago prolongé. Sclérose artérielle généralisée et hypertension (19 1/2-10). Mort par ictus.

13. M. P... (V.) — 27 ans. Lumbago.

14. M. G... (V.) — 34 ans. Lumbago.

15. M. B... (V.) — 49 ans. Lumbago à myalgies diffuses. Obésité, foie un peu gros.

16. M. R... (V.) — 59 ans. Lumbago.

17. M. P... (V.) — 34 ans. Lumbago.

18. Mlle G... (V.) — 46 ans. Lumbago aigu récidivant + arthralgies ; insuffisance ovarienne ; antécédents tuberculeux (pleurésie, fistule anale) ; mère rhumatisante.

19. M. M... (V.) — 58 ans. Lumbago ; antécédents de goutte et de sciatique ; gros mangeur, gros foie, diabète léger, obésité, T. A. : 19-10.

20. M. H... (V.) — 34 ans. Lumbago aigu ; troubles digestifs (surcharge alimentaire).

21. Mlle M... (V.) — 20 ans. Lumbago aigu.

22. M. B... (H.) — 45 ans. Lumbago récidivant.

c) BURSITES, TENDINITES, KYSTES SYNOVIAUX

1. Mme D... (H.) — 35 ans. Petite hydarthrose intermittente des genoux. Insuffisance ovarienne. Troubles circulatoires périphériques.

2. M. J... (H.) — 38 ans. Talalgie (bursite sous-calca-néenne). Guérie par radiothérapie.

3. M. N... (H.) — 69 ans. Talalgie; arythmie complète et insuffisance cardiaque.

4. Mme H... (H.) — 50 ans. Bursite pré-rotulienne. Ménopause actuelle.

5. Mme F... (V.) — 53 ans. Epicondylite. Ménopause actuelle.

6. Mme Fr... (V.) — 57 ans. Kyste synovial du coude.

7. M. R... (V.) — 54 ans. Epicondylite récidivante. Origine traumatique possible.

8. Mlle L... (V.) — 52 ans. Kyste synovial du poignet.

9. M. Ch... (V.) — 45 ans. Epicondylite.

10. M. L... (V.) — 45 ans. Talalgie (exostose calca-néenne).

a) AUTRES MANIFESTATIONS ABARTICULAIRES,
CAS INTRIKUÉS; etc...

1. Mme L... (H.) — 52 ans. Arthralgies et adiposalgie. Myxœdème typique.

2. Mme P... (H.) — 36 ans. Arthralgies à petites pous-sées intermittentes d'hydarthrose surtout aux genoux. Insuffisance ovarienne; obésité; varices; troubles circu-latoires périphériques.

3. Mme K... (H.) — 37 ans. Arthralgies. Infiltration des extrémités, troubles circulatoires périphériques. Obésité.

4. Mlle B... (H.) — 18 ans. Arthralgies + léger kyste synovial du poignet; troubles circulatoires périphériques.

5. Mlle Be... (H.) — 32 ans. Arthralgies diffuses avec gonflement péri-articulaire consécutives à une hystérectomie.

6. Mlle Bo... (H.) — 30 ans. Arthralgies et névralgies variées. Troubles neurotoniques; ptose gastrique; troubles circulatoires périphériques.

7. Mme Co... (H.) — 52 ans. Algies multiples à localisations électives péri-articulaires; troubles neurotoniques et psychiques variés; troubles circulatoires périphériques très accentués; hystérectomie à 40 ans.

8. Mme C... (H.) — 25 ans. Adiposalgie diffuse prédominante dans la région lombo-sacrée; obésité, insuffisance ovarienne.

9. Mme D... (H.) — 45 ans. Arthralgies diffuses + lipoarthrite sèche du genou et gonflement péri-articulaire intermittent; obésité; fait sa ménopause.

10. Mme De... (H.) — 55 ans. Arthralgies des membres inférieurs; phlébite double à 30 ans; hystérectomie; migraines; troubles neurotoniques et circulatoires multiples; T. A. : 11-6.

11. Mme J... (H.) — 65 ans. Arthralgie de l'épaule + petite hydarthrose intermittente du genou apparues depuis la ménopause.

12. M. L... (H.) — 47 ans. Hydarthroses intermittentes de nature indéterminée.

13. Mme Ma... (H.) — 60 ans. Arthralgies.

14. Mme Mau... (H.) — 60 ans. Périarthrite endocrinienne + début de maladie de Dupuytren.

15. M. M... (H.) — 61 ans. Arthralgies.

16. Mlle R... (H.) — 41 ans. Arthralgies, périarthrite du genou ; insuffisance ovarienne ; troubles neurotoniques et névropathiques multiples ; troubles circulatoires périphériques.

17. Mme R... (H.) — 57 ans. Arthralgies et troubles neuro-vasculaires de la ménopause.

18. Mlle T... (H.) — 21 ans. Algies péri-articulaires sans modifications objectives.

19. Mme Va... (H.) — 41 ans. Arthralgies, cellulite lombo-sacrée et cervicale. Insuffisance ovarienne.

20. Mme V... (H.) — 49 ans. Arthralgies prédominant aux genoux ; ménopause actuelle, pithiatisme.

21. Mme Ab... (V.) — 60 ans. Adiposalgie lombo-sacrée.

22. M. Ar... (V.) — 76 ans. Arthralgies ; aortite, sclérose artérielle généralisée.

23. M. B... (V.) — 57 ans. Sympathalgies.

24. Mme D... (V.) — 50 ans. Périarthrite endocrinienne ; ménopause récente ; insuffisance thyroïdienne.

25. Mme Duf... (V.) — 46 ans. Rhumatisme de la ménopause à forme arthralgique. Migraines. Troubles neurotoniques et circulatoires. Troubles digestifs d'origine hépato-vésiculaire. Mère atteinte de rhumatisme du même type.

26. Mme Duv... (V.) — 63 ans. Arthralgies à cellulite.

27. Mme F... (V.) — 45 ans. Nodosités d'Héberden et de Bouchard, arthralgies multiples, névralgies. Troubles neurotoniques et circulatoires périphériques ; longue histoire digestive (cholécystectomie).

28. Mme G... (V.) — 55 ans. Nodosités d'Héberdèn, arthralgies, névralgies (sciatique); apparition à la ménopause.

29. Mme L... (V.) — 19 ans. Périarthrite des doigts. Troubles circulatoires périphériques très importants.

30. Mme H... (V.) — 64 ans. Arthralgies, cellulite. Lithiase rénale.

31. Mme H... (V.) — 62 ans. Arthralgies, névralgies multiples (sciatique, névralgies intercostales, névralgie cervico-brachiale), maladie de Dercune; insuffisance ovarienne.

32. Mme L... (V.) — 40 ans. Cellulite; insuffisance ovarienne.

33. Mme L..., 52 ans. Rhumatisme de la ménopause, sciatique, peu après hystérectomie pour fibrome.

34. Mme Me... (V.) — 50 ans. Arthralgie du pied par trouble statique. Ménopause.

35. M. M... (V.) — 45 ans. Algies péri-articulaires. Lithiase rénale.

36. M. N... (V.) — 29 ans. Arthralgies de nature indéterminée. Note ...topathique.

37. Mme N... (V.) — 33 ans. Arthralgies rebelles. Troubles neurotoniques à troubles circulatoires périphériques. Œdème de Quincke, urticaire. Insuffisance ovarienne.

38. Mme P... (V.) — 43 ans. Arthralgies diffuses et périarthrite. Ménopause précoce (39 ans).

39. Mme R... (V.) — 37 ans. Arthralgies et périarthrite endocrinienne. Obésité; insuffisance ovarienne.

40. Mme J... (V.) — 34 ans. Périarthrite (doigts, ge-

noux). Troubles circulatoires périphériques; insuffisance ovarienne.

41. Mme T... (V.) — 41 ans. Arthralgies et gonflement péri-articulaire du type périarthrite endocrinien, sans signes apparents d'insuffisance glandulaire; troubles digestifs, dysenterie amibienne chronique.

42. Mme L... (V.) — 45 ans. Arthralgies. Déséquilibre neuro-endocrinien évident. Troubles circulatoires périphériques, hypotension (10-6).

43. M. C... (V.) — 61 ans. Arthralgies à myalgies de nature indéterminée.

44. Mme D... (V.) — 30 ans. Arthralgies de nature indéterminée.

Groupe V. — Rhumatisme goutteux

1. M. L... (H.) — 36 ans. Ostéo-arthrite du gros orteil, sciatique. Père goutteux; dysenterie amibienne, crises de tétanie.

2. M. G... (H.) — 63 ans. Ostéo-arthrite des doigts et du poignet. Antécédents de goutte aiguë; père rhumatisant.

3. Commandant C... (V.) — 69 ans. Polyarthrite subaiguë. Antécédents de goutte aiguë; gros foie, excès alimentaires, bronchite à hyposystolie.

4. Mme L... (V.) — 64 ans. Arthralgies à hydarthroses intermittentes; ostéo-arthrite des orteils; cirrhose du foie.

5. M. H... (V.) — 45 ans. Ostéo-arthrite des doigts et des orteils chez un ancien goutteux.

6. M. B... (V.) — 49 ans. Poussées d'arthrite subaiguës cédant au traitement de la goutte, excès alimentaires ; gros foie ; obésité.

7. M. N... (V.) — 45 ans. Arthrose du pied avec volumineux ostéophytes, survenue chez un ancien goutteux héréditaire ayant fait deux accès francs typiques.

CONCLUSIONS

L'étude statistique de 300 cas de rhumatismes aigus, subaigus ou chroniques, de milieux et d'âge différents, nous a permis de faire quelques remarques dignes d'intérêt du point de vue clinique et du point de vue étiologique.

1. — AU POINT DE VUE CLINIQUE :

La prééminence des manifestations abarticulaires (113 cas), sur les rhumatismes articulaires, dégénératif sous arthroses (77 cas) et sur les arthrites de nature infectieuse ou inflammatoire (68 cas).

2. — AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE :

Trois facteurs semblent jouer un rôle prédominant :

1° *Un facteur vasculaire* portant avant tout sur les troubles de la circulation périphérique, lesquels sont évidents dans plus de la moitié des cas ;

2° En seconde ligne, le *facteur endocrinien*, en particulier l'insuffisance ovarienne chez la femme ;

3° *Le facteur infectieux*, qui n'apparaît toutefois que dans 25 à 30 % des cas.

Les autres facteurs ne paraissent jouer qu'un rôle adjuvant, contingent, accessoire.

Tels sont les rôles :

de la profession,
du milieu social,
de l'hérédité,
de l'âge,
du traumatisme,
des malformations congénitales.

Vu : *Le Doyen*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*
CROUZON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, boul. St-Germain, Paris
